

	Ministério Público da União - MPU Exame Periódico de Saúde	Nº da Guia
---	---	------------

GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
1. Identificação do Membro / Servidor		
Ramo do MPU:	MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO	Ano:
Nome:		Nascimento:
Matrícula:	Telefone:	Telefone:

2. Identificação do Prestador (deverá ser preenchido pelo prestador)		
Razão Social:	CNPJ:	
Endereço:		Telefone:

3. Procedimentos Solicitados
LABORATORIAIS
DIAGNÓSTICO
7.97.01.999-1 – Teste Ergométrico
CONSULTAS

Observações: 1) A nota fiscal deverá ser emitida para o CNPJ da Procuradoria Local; 2) O faturamento deverá ocorrer nos códigos liberados acima; 3) A nota fiscal dos códigos acima não deverá conter outros códigos.	Local:	Data da emissão:

Declaro, que o(s) procedimento(s) descrito(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.	
Data:	Assinatura do paciente:

Guia válida por 60 dias a partir da data de emissão.